

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Луд Н. Г., Луд Л. Н., Стамбровская А. А., Шляхтунов Е. А.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Проведен анализ заболеваемости РМЖ женского населения Витебской области за период с 1970 г. по 2004 г.

Начиная с 1985 года, рак молочной железы (С 50 по МКБ 10/ICD 10) в структуре онкологической заболеваемости женского населения Республики Беларусь стойко занимает первое место, и в 2004 г. составил 18,4%.

Заболеваемость РМЖ среди женского населения Беларуси сохраняется на средних уровнях по сравнению с соответствующими показателями в других республиках СНГ. Тем не менее, из года в год она заметно возрастает в большинстве стран мира на 3 — 5% [1, 2, 3]. Особенно нагляден рост заболеваемости в промышленно-развитых странах, в регионах с неблагоприятной экологической обстановкой, в том числе и в Республике Беларусь. Абсолютное число вновь выявленных больных возросло с 772 человек в 1970 г. до 3392 человек в 2004 г.

При анализе данных о заболеваемости раком молочной железы установлено, что с 1970 г. по 2004 г. грубые интенсивные показатели указанной заболеваемости в целом по республике возросли с 15,8 до 64,8 на 100тыс. женщин, а в Витебской области с 11,9 до 58,9 на 100тыс. женщин. Стандартизованные показатели с 1970 г. по 2004 г. возросли с 22,2 до 42,4 по республике и с 12,1 до 36,2 по Витебской области.

Самая высокая заболеваемость раком молочной железы в 2004 г. зарегистрирована в г. Минске и Минской области — 79,4 и 68,0 на 100 000 населения соответственно. В Брестской и в Витебской областях она оказалась самой низкой по сравнению с аналогичными показателями жителей других областей — 56,3 и 58,9 соответственно.

Как известно, успешное лечение любого заболевания, злокачественного особенно, в значительной степени зависит от возможности диагностики патологического процесса на ранних стадиях его развития. Поэтому, особое значение имеют данные, отражающие качество диагностики РМЖ, т.е. стадию опухолевого процесса у впервые выявленных больных. Из общего числа больных с впервые установленным диагнозом РМЖ в 2004 г. I — II стадии отмечены у 79,1% женщин по Витебской области. Как положительное

явление следует также отметить снижение количества больных РМЖ в Витебской области впервые выявленных в IV стадии опухолевого процесса с 12,7% в 1990 г. до 5,0% в 2004 г.

Для успешной реализации радикального лечения РМЖ немаловажное значение имеет сочетание таких факторов, как возраст пациентов, стадия опухолевого процесса, а также локализация опухоли. Лишь комплексная оценка этих критериев позволит не только излечить больных, но в последующем правильно и в полном объеме осуществить их реабилитацию.

Особый интерес представляет локализация опухолевого узла в молочной железе. Проведен анализ локализации первичного опухолевого очага рака молочной железы женского населения Витебской области за период с 1975 по 2004 год.

Анализ локализации первичного опухолевого образования проводился с учетом классификации анатомических участков молочной железы согласно МКБ 10 (ICD 10) и TNM классификации:

1. Сосок (C50.0)
2. Центральная часть (C50.1)
3. Верхневнутренний квадрант (C50.2)
4. Нижневнутренний квадрант (C50.3)
5. Верхненаружный квадрант (C50.4)
6. Нижненаружный квадрант (C50.5)
7. Подмышечный хвост (C50.6)
8. Все отделы (несколько областей) (C50.8)
9. Неуточненная локализация (C50.9)

При анализе данных о локализации первичного патологического очага в зависимости от участка молочной железы у больных РМЖ в Витебской области за период с 1975 г. по 2004 г. установлены определенные закономерности.

Несколько чаще отмечалось поражение левой молочной железы – 53,6%, на долю правой молочной железы пришлось 45% случаев, двухстороннее поражение отмечалось в 1,4%.

Наиболее часто опухоль располагалась в верхненаружном квадранте железы – 53% всех локализаций. Второе и третье место по частоте поражения занимает область соска и верхневнутренний квадрант – по 14% соответственно. В нижненаружном и нижневнутреннем квадрантах очаг локализовался в 7% и 4% случаев соответственно. В 5% случаев опухоль выходила за пределы одной локализации и занимала более одного квадранта либо определялась на их границе. В 2% случаев опухоль располагалась в области ореолы. Лишь в 1% случаев опухолью был поражен аксиллярный отросток.

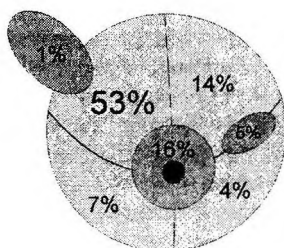


Рис. 1 Локализация первичного патологического участка рака молочной железы

Особый интерес представляет динамика изменения частоты локализации опухоли в различных анатомических зонах молочной железы (таблица 1). В последнее десятилетие отмечается значительный прирост частоты возникновения рака в нижненаружном квадранте молочной железы. Если в 1975 году опухоль диагностировалась в данной области в 5% случаев, то в 2004 году – уже в 11% случаев.

Таблица 1- Динамика изменения частоты локализации опухоли в различных анатомических зонах молочной железы

	1975	1985	1995	2004	1975- 2004
1. Сосок	12%	14%	15%	13%	14%
2. Центральная часть	2%	3%	2%	2%	2%
3. Верхневнутренний квадрант	14%	16%	15%	12%	14%
4. Нижневнутренний квадрант	4%	4%	4%	3%	4%
5. Верхненаружный квадрант	58,5%	54%	50%	50%	53%
6. Нижненаружный квадрант	5%	5,50%	8%	11%	7%
7. Подмышечный хвост	0%	0,50%	1%	1%	1%
8. Выходит за пределы одной локализации	4,50%	3%	5%	8%	5%

При анализе взаимосвязи возраста пациентов и локализации опухоли установлено, что поражение различных отделов молочной железы во всех возрастных группах встречалось одинаково часто в зависимости от участка, исключением является аксиллярный

отросток, который поражался наиболее часто в первой возрастной группе, т.е. у лиц моложе 40 лет.

При анализе взаимосвязи локализации опухоли и стадии процесса, установлено, что наибольший процент запущенных форм (III – IV стадия), значительно превышающий ранние формы, приходится на тот вариант, когда опухоль выходит за пределы одной локализации, а также располагается в центре железы и аксиллярном отростке. Лучше всего диагностируется рак Педжета, располагающийся в зоне соска.

Таким образом, заболеваемость РМЖ имеет тенденцию к непрерывному росту, и увеличилась за 35 лет в 4,1 раза. Увеличивается доля больных с ранними формами, уменьшился процент больных с IV стадией опухолевого процесса. Во всех возрастных группах наиболее часто поражается верхненаружный квадрант молочной железы, а аксиллярный отросток поражается преимущественно в молодом возрасте.

Литература:

1. Клиническая онкология: справ. пособие / под ред. С. З. Фрадкина, И. В. Залушко. – Мн.: Беларусь, 2003. – С. 368 – 401.
2. Путырский, Л. А. Рак молочной железы / Л. А. Путырский. – Мн.: Выш. шк., 2003. – С. 3 – 10.
3. Диагностика рака молочной железы / под ред. В. А. Хайленко, Д. В. Комова, В. Н. Богатырева. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство». 2005. – С. 7 – 9.